



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

当事人身份识别号码:

计划名称:

**相关医疗保健服务资格的能力丧失情况复审**  
**Incapacity Review for Medical Care Services**

现在应开始对您进行相关医疗保健服务资格的能力丧失情况复审。我们需要您提供目前有效的医疗证据，以便依据华盛顿州行政法规WAC 182-508-0160之规定来决定您的健康状况是否仍妨碍您参加工作。如果我们未于\_\_\_\_\_之前收到此证据，您的医疗保健服务福利将于\_\_\_\_\_终止。

请向本处提供以下文件:

- 请让您的医疗和（或）心理健康服务提供者提供目前有效的医疗证据。您或您的服务提供者可用随函附寄的信封将案卷备忘录邮寄给本处。可从网站下载心理评估/精神病情评估书（表格13-865），网址是  
<http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html>。

如果您在获取上述医疗证据的过程中需要帮助，或者您或您的服务提供者有任何疑问，请打电话与我联系。

\_\_\_\_\_  
个案管理员

\_\_\_\_\_  
电话号码

\_\_\_\_\_  
社区服务处